

Ärztliche Verordnung Spitex Glattal gültig ab

Personalien:

Name: Vorname:
Str. / Nr.:
Geburtsdatum: Telefon:
PLZ / Ort:

KLV / MiGel Kapitel 03./ 17./ 29./ 34./ 99. Gültigkeit: 3 Monate

- Produkte zur Kompressionstherapie gemäss Kap. 17.
- Produkte zur Wundbehandlung exkl. Limitationen
- Produkte zur Wundbehandlung inkl. Limitationen gemäss Kap. 34.06.01
- Produkte zur Wundbehandlung inkl. Limitationen gemäss Kap. 34.06.02
- Hydrogel, Limitation gemäss Kap. 34.10
- Material für die Fistelversorgung Kap. 29.02
- Injektions- und Applikationshilfen Kap. 03

Spitex Glattal

Ort / Datum: Stempel und Unterschrift:

Krankenkasse / Unfallversicherung:

Krankheit Unfall
Name: Ort:
Versicherungsnummer (8-stellig):
AHV Nr.:

KLV / MiGel Kapitel 10. / 15. / 21 /99. Gültigkeit: 1 Jahr

- mittlere Inkontinenz ISK (intermittierende Selbstkatheterismus)
- schwere Inkontinenz Katheter und Zubehör Kap.15
- totale Inkontinenz Messgeräte Stechhilfen Kap.21
- Medikamentendispenser Kap. 99
- Gehhilfen Kap. 10

Rezeptierende Stelle:

Ort / Datum: Stempel und Unterschrift:

Wir bitten Sie, die unterzeichnete Verordnung an uns zu retournieren.

Adresse: **Spitex Glattal - Dorfstrasse 5a/b - 8305 Dietlikon**

E-Mail: **info@spitexglattal.ch**

Fax: **+41 44 835 12 10**